

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

No 108

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Trajan Napoléon MAESTRATI

Né à Lèvie (Corse), le 25 Mars 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

Président : M. R. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Trajan Napoléon MAESTRATI

Né à Lévie (Corse), le 25 Mars 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

Président : M. R. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1927



LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	NICOLAS	
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.		
Physiologie	ROGER.		
Physique médicale	STROHL.		
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.		
Bactériologie	LEMIERRE.		
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.		
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.		
Pathologie médicale	SICARD.		
Pathologie chirurgicale	LECENE.		
Anatomie pathologique	ROUSSY.		
Histologie	PRENANT.		
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.		
Thérapeutique	CARNOT.		
Hygiène	Léon BERNARD.		
Médecine légale	BALTHAZARD.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.		
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.		
Clinique médicale	}	GILBERT.	
Hygiène et clinique de la première enfance		BEZANÇON	
Clinique des maladies des enfants		ACHARD.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		WIDAL.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		MARFAN.	
Clinique des maladies du système nerveux		NOBECOURT.	
Clinique des maladies infectieuses		H. CLAUDE.	
		JEANSELME.	
		GUILLAIN.	
		TEISSIER.	
Clinique chirurgicale	}	DELBET.	
		HARTMANN.	
		LEJARS.	
		GOSSET.	
Clinique ophtalmologique	}	TERRIEN.	
Clinique urologique		LEGUEU.	
Clinique d'accouchements	}	COUVELAIRE	
		BRINDEAU.	
		JEANNIN.	
Clinique gynécologique	}	J.-L. FAURE.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.	
Clinique thérapeutique médicale		VAQUEZ.	
Clinique oto-rhino-laryngologique		SEBILEAU.	
Clinique thérapeutique chirurgicale		DUVAL.	
Clinique ropédeutique		SERGENT.	
Professeurs sans chaire		ROUVIÈRE.	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLIET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

COUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

M.

BETTERER	Histologie.
------------------	-------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUXRAY	{	LERI	{
CHEVASSU		LÉPER	
LAIGNEL-LAVASTINE .		PROUST	
LEBBEBOULLET .		N...	
Clinique médicale in-		SCHWARTZ	
fantile.		Clinique chirurgicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LELOUX-LIBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON ONCLE DOCTEUR

A MON ONCLE ABBÉ

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR SUZANNE

A MES BEAUX-FRÈRES XAVIER ET MAURICE

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il veuille bien accepter
l'hommage respectueux de notre
gratitude pour l'honneur qu'il
nous fait en présidant notre
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le PROFESSEUR LEMIÈRE.

M. le PROFESSEUR F. WIDAL.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ ABRAMI.

M. le DOCTEUR RIST.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LÈREBOULLET.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY.

M. le PROFESSEUR CARNOT.

M. le DOCTEUR MICHON.

M. le DOCTEUR FUNCK-BRENTANO.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE.

M. le PROFESSEUR NOBÉCOURT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GENNES

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui nous inspira ce travail,
en témoignage de reconnaissance.*

INTRODUCTION

Comment avons-nous eu l'idée de faire une thèse sur les pleurésies interlobaires, il nous paraît utile d'en donner les raisons.

Dans les différents services hospitaliers, et même en clientèle de remplacement, nous avons été frappé par la grosse difficulté qu'il y avait à séparer le diagnostic de cette maladie des autres suppurations pulmonaires.

Au mois de décembre dernier, nous avons assisté, chez notre maître le professeur Widal, à une présentation de malade dont le diagnostic était particulièrement difficile.

Et, en effet, rien n'était plus troublant, s'agissait-il d'une gangrène pulmonaire, d'une dilatation des bronches ou d'un abcès du poumon, s'agissait-il d'une pleurésie interlobaire ?

Malgré nous, un peu suggestionné, à la vérité, par des recherches faites précédemment, nous crûmes immédiatement à la pleurésie interlobaire.

Nous ne nous étions pas trompé, car notre éminent maître, après avoir éliminé toutes les autres affections, se cantonna dans le diagnostic auquel nous avions songé. Aussi lorsque notre ami le Dr de Gennès, auquel nous demandions un sujet de thèse, nous parla d'une

étude sur les pleurésies interlobaires, nous acceptâmes d'enthousiasme,

La difficulté du diagnostic forme l'intérêt des pleurésies interlobaires, divers problèmes sont posés par l'extrême variabilité des localisations et cette affection traînante fait songer souvent à une phtysie galopante, tant que l'on n'a pas fait intervenir la radiologie et la ponction.

Quelquefois, chez des sujets âgés, la suppuration profonde entraînant une cachexie rapide pourra faire passer devant nous l'image du cancer, alors que chez l'adulte et l'adolescent c'est l'idée de tuberculose qui viendra à l'esprit.

Il y a pourtant un intérêt extrême à faire le diagnostic, car de lui découlera souvent la mise en œuvre d'un traitement simple souvent curateur qui nous fera assister parfois à des résurrections véritables.

Pour cela la radiologie est d'une grosse utilité car elle permettra de dépister la maladie à laquelle, bien souvent, on n'avait pas songé.

La ponction exploratrice, dans le cas où ces renseignements seraient insuffisants, permettra la confirmation du diagnostic et guidera sûrement le chirurgien dans la recherche de la poche purulente.

Les travaux de H. Paillard nous auront beaucoup facilité ce travail.

Nous tenons à exprimer ici notre profonde gratitude au professeur Widal qui a bien voulu nous laisser prendre communication des nombreuses observations de son service.

HISTORIQUE

DES PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

Connues depuis l'antiquité au point de vue anatomique, on ne retrouve aucune trace de descriptions cliniques, et il faut remonter vers le milieu du xix^e siècle pour recueillir quelques travaux sur ce sujet. Leur étude est contemporaine.

Bayle semble le premier en avoir donné une description, il dit : « Il faut se méfier de confondre avec la suppuration de l'intérieur du poumon, certains cas de pleurésie chronique, dans lesquels deux lobes d'un poumon contractant des adhérences par leurs bords, il en résulte une poche centrale dans laquelle se fait un épanchement de pus alors que le parenchyme environnant est sain. »

Laënnec, ensuite, décrivit également ces « pleurésies qui se font entre les lobes du poumon », contrairement aux critiques de ses contemporains qui attribuaient les phénomènes observés à la formation d'abcès dénommés vomiques.

Dans les cliniques de Lherminier publiées par Andral on trouve une observation précise, vérifiée à l'autopsie, de pleurésie interlobaire qui avait d'ailleurs été prise pour de la tuberculose.

Broussais et Gayol en 1842 affirment, suivant les théories de Laënnec, que la vomique conditionne la plupart du temps une pleurésie interlobaire.

Mais ce diagnostic est encore loin d'être accepté par tout le monde, et les Anglais Graves et Stokes rapportent, sous la dénomination d'abcès du poumon, des pleurésies interlobaires véritables.

Rousseau combat énergiquement cette confusion et établit le diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Jaccoud, du même avis que Trousseau, rattache nettement la vomique à une lésion de la plèvre.

En 1875, Millard rapporté une belle observation de Dolbeau.

Thèse de Périer, Paris 1878.

En 1879, Guéneau de Mussy publie, dans les archives de médecine, un article remarqué.

Thèse de Martinez-Mesa, Paris, 1879. — Martinelli, Paris, 1885. — Millet, Paris, 1889. — Pailhas, Paris, 1889.

Vers 1886, on entre dans l'ère chirurgicale du traitement de la pleurésie interlobaire.

La première pneumotomie est rapportée par Prengueber et Beurman dans la *Semaine médicale* de 1868.

Potain fit une clinique à l'hôpital de la Charité, sur les pleurésies interlobaires.

Mais il faut arriver à Dieulafoy en 1898 pour avoir une description précise et lumineuse de cette affection.

L'ère de la radiologie commence en 1899, thèse de Jaegher.

Béclère en 1902 apporta une grande précision dans l'examen par les rayons.

Les observations fort nombreuses publiées depuis, la radiologie, permettent bien souvent de déceler plus tôt cette affection et il est possible actuellement d'en donner un exposé complet.

La pleurésie pneumococcique, variété de beaucoup la plus fréquente, nous servira comme type de description.

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES PNEUMOCOCCIQUES

Début. — Comme nous avons pu le déduire d'après de nombreuses observations il semble bien que ce début survienne après une pneumonie franche ou une pneumopathie obscure rentrant probablement dans le cadre des pneumonies non diagnostiquées.

I. — **Commençons par le cas où la pleurésie interlobaire paraît être primitive.**

Pour en tracer le début nous reproduirons la description de Dicalafoy, où il n'y a rien à ajouter ni à retrancher.

« Rien n'est plus difficile à dépister que le début d'une pleurésie interlobaire. Le point de côté, la fièvre, la toux, vous indiquent bien qu'une affection thoracique entre en scène, mais quand il s'agit de fixer la nature et le siège de cette affection thoracique, vous n'avez pour vous orienter aucun signe précis.

« Quelle différence avec la pneumonie lobaire ou avec la pleurésie de la grande cavité pleurale !

« S'agit-il de pneumonie : le frisson, les râles crépitants, le souffle tubaire, les crachats rouillés vous met-

tent vite sur la voie du diagnostic. S'agit-il de pleurésie : les frottements, râles, et bientôt les signes de l'épanchement, matité, disparition des vibrations thoraciques, souffle lointain et voilé, égophonie, etc., vous font assister à l'évolution de la pleurésie. S'agit-il de fluxion de poitrine : les douleurs thoraciques, la bilatéralité des signes, les râles de bronchite disséminés aux deux côtés de la poitrine, les frottements qui témoignent de la participation de la plèvre, le souffle qui témoigne de la participation du poumon, sont autant de signes qui vous engagent à diagnostiquer la fluxion de poitrine.

« Tout autre est le début de la pleurésie interlobaire. L'infection qui constitue cette pleurésie enkystée est un peu comparable à l'infection d'une cavité close, des adhérences ayant supprimé toute communication avec la grande cavité pleurale. Les parties des lobes pulmonaires contiguës au foyer infectieux en subissent le contre-coup. Dès sa formation, le foyer infectieux interlobaire retentit sur le tissu pulmonaire du voisinage. Le territoire pulmonaire fluxionné trahit sa fluxion par des signes que nous allons étudier et masque du même coup l'état naissant de la lésion interlobaire, cause de tout le mal.

« A ce moment, en effet, aux premiers jours de la pleurésie interlobaire, examinez avec soin votre malade, percutez, auscultez la poitrine ; que trouvez-vous ? Vous trouvez, soit en arrière, soit dans l'aisselle, dans une région vaguement limitée, de la submatité, des râles, du souffle, signes pulmonaires et non pleuraux. Parfois aussi, percevez-vous quelques frottements erratiques.

Rien de l'autre côté de la poitrine; pas de souffle, pas de râles; la lésion est unilatérale. Impossible à ce moment-là de préciser un diagnostic, vous avez conscience qu'il ne s'agit ni d'une pneumonie vraie, ni d'une vraie pleurésie, vous prescrivez une médication d'attente, des ventouses, de la quinine, de l'antipyrine, des potions calmantes et vous observez.

Les jours suivants, même incertitude, même insuffisance des signes fournis par l'examen thoracique. La lésion reste unilatérale, le point de côté est plus ou moins violent, la toux plus ou moins forte, l'expectoration est nulle ou insignifiante, la fièvre est vive, la température est élevée, la dyspnée est intense, le temps passe, et votre diagnostic est toujours indécis. Que le souffle soit plus ou moins fort, que les râles soient plus ou moins étendus, que la matité soit plus accusée, peu importe, vous en êtes toujours à vous demander quelle est la part de poumon et la part de la plèvre dans cette maladie qui ne s'accuse pas franchement et que vous nommez, faute de mieux, pleuro-congestion, ce qui ne vous compromet pas.

« Cependant, en face de cet état fébrile et dyspnéique vous n'êtes pas sans quelque appréhension, vous vous demandez si cette lésion, d'apparence bâtarde, ne cache pas une infection tuberculeuse : vous arrivez ainsi au dixième, douzième jour de la maladie, et la défervescence ne se fait pas... »

.....

« En résumé, ce qui domine pendant la première période de la pleurésie interlobaire, ce sont des signes

pulmonaires d'emprunt, râles, souffle, submatité; et ce qui domine quand l'épanchement est formé et assez abondant, c'est l'existence d'une zone mate entourée de régions plus sonores, soit en arrière soit dans l'aisselle...

« De cette étude il ressort que, pendant la première phase de la maladie, le diagnostic en est à peu près impossible. »

Combien cette admirable description de Dieulafoy est l'exact reflet des hésitations du clinicien; fort heureusement aujourd'hui, grâce aux progrès de l'examen radiologique ces hésitations peuvent être si non diminuées, tout au moins réduites dans leur durée.

Comme H. Paillard, nous sommes persuadés que ces pleurésies interlobaires, d'apparence primitive, sont consécutives, en réalité, à un foyer pneumonique ou broncho-pneumonique central et méconnu.

II. — Cas où la pleurésie interlobaire succède à une pneumonie diagnostiquée.

Le malade est au huitième, neuvième jour de sa pneumonie, et la défervescence prédite ne survient pas; rien de changé dans le tableau ni au point de vue thermique ni aux points de vue fonctionnel et physique. Mais si l'observation est minutieuse on constatera une certaine modification des symptômes.

La température peut avoir esquissé une baisse vers le neuvième jour faisant croire à l'heureuse défervescence, pour remonter le soir même avec tendance à prendre le type oscillant.

Quant aux signes fonctionnels ils engagent à ne pas se fier au crochet thermique pour établir un pronostic favorable, car si la dyspnée devient moins intense l'essoufflement persistera et le point de côté pourra augmenter d'intensité.

De même il y aura changement dans les signes physiques; si à la défervescence d'une pneumonie, l'auscultation montre que la base reste encombrée pendant quelques jours encore avant de retrouver perméabilité et sonorité, on constatera en suivant les progrès de cette guérison locale, si le malade fait de la pleurésie interlobaire, qu'en effet la respiration normale fait son apparition à la base, alors que la région pulmonaire moyenne reste soufflante et obscure.

Ne sommes-nous pas en présence du premier symptôme qui conduira à la lésion suspendue de Dieulafoy, et par conséquent à la pleurésie interlobaire.

La forme métapneumonique survenant après un intervalle apyrétique est plus fréquente de beaucoup que la forme précédente ou parapneumonique prise comme type de description.

En somme, les signes de début se réduisent à la persistance de la température avec oscillation, dyspnée et point de côté, libération de la base alors qu'il reste un souffle et de l'obscurité à la partie moyenne.

SIGNES DE LA PLEURÉSIE INTERLOBAIRE AVANT LA VOMIQUE

Pour préciser une auscultation fine en arrière, la position indiquée, par la figure nous semble remplir les meilleures conditions, car la scissure interlobaire est ainsi bien découverte; elle se présente à peu près parallèlement au bord spinal de l'omoplate à deux travers de doigt, environ, au-dessous de ce bord.



Position à prendre pour l'examen de la scissure
interlobaire en arrière (d'après Paillard).

La « lésion suspendue » si remarquablement décrite par Dieulafoy ne peut guère être constatée qu'en arrière et lorsque l'on aura songé à la pleurésie interlobaire il sera bon de faire prendre au malade la position indiquée par la gravure, qui permettra un examen minutieux de la scissure interlobaire en arrière.

La lésion se trouvera encadrée verticalement par du poumon sain; dans l'aisselle rarement l'on rencontrera une zone de sonorité au-dessus du foyer constaté; en avant le foyer se trouve à la base du thorax.

Le point de côté, la dyspnée, la toux, la fièvre, les transpirations, le facies altéré, en un mot tout le tableau de suppuration pulmonaire, ayant forcé l'attention, on cherchera immédiatement le foyer, et si l'examen clinique reste négatif il faudra mettre en œuvre le pouvoir que nous a donné la radiologie sans oublier les ponctions exploratrices.

Que trouverons-nous par un examen clinique minutieux : Une certaine matité limitant un foyer, et selon qu'une plus ou moins grande surface de poumon condensé sépare la collection de la paroi des vibrations exagérées ou diminuées; un souffle tubaire accompagné de râles humides, inégaux, ou au contraire une zone muette entourée d'une couronne de râles. Le souffle pleurétique, l'égophonie, la pectoriloquie aphone seront absents la plupart du temps. Il y aura rarement déplacement des organes.

Le diagnostic sera presque fait si l'on trouve en arrière, la matité suspendue de Dieulafoy.

La ponction exploratrice aidera souvent au diagnostic clinique.

La radiologie nous donnera les plus précieuses indications, tant pour faciliter la ponction que pour suivre par la suite (avec des films en série) l'évolution du foyer.

« La radiologie donne des indications très précieuses : ombre suspendue pour les foyers postérieurs, ombre axillaire ou basale pour les foyers latéraux ou inférieurs. Cette ombre est franche et à bords nets ou à contours diffus suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a une réaction pulmonaire de voisinage; les bords sont convexes lorsque liquide est sous pression dans la poche enkystée; généralement l'ombre interlobaire barre toute la largeur de l'hémithorax, ce qui la différencie de l'ombre des abcès pulmonaires. » (Barjon, *Radiodiagnostic des affections pulmonaires*, Masson, édit. Paris, 1916, p. 50.)

Cette image reste entièrement sombre tant que la vomique ne s'est pas produite, pour prendre l'aspect d'une image hydro-aérique avec niveau liquide horizontal après évacuation partielle et pénétration de l'air dans la poche.

LA VOMIQUE

Bien souvent, malgré une observation attentive, surtout si on n'a pu faire usage de la radioscopie, chez ces malades atteints d'affections aiguës, la pleurésie interlobaire aura évolué sans avoir été sinon soupçonnée du moins diagnostiquée.

Et alors on sera surpris par l'apparition de la vomique du quinzième au vingtième jour et même plus tard; vomique massive ou fragmentée.

La température, au moins passagèrement, va diminuer, mais elle remontera et deviendra oscillante si le foyer se draine mal, ou si le parenchyme pulmonaire voisin est infecté par le foyer pleural.

Il y aura parallélisme entre la température et l'état général, amélioration si apyrexie, aggravation si la température reste élevée.

A l'auscultation on trouvera souvent dans la zone primitivement silencieuse, si le va-et-vient de l'air n'est entravé en rien, des signes cavitaires, gargouillement et souffle caverneux; si au contraire cette communication est très étroite, il y aura peu de modifications; on verra cependant apparaître quelquefois du souffle caverneux après une quinte de toux.

Dans la moitié des cas environ de pleurésie interlo-

baire pneumococcique, la vomique commencera la guérison du malade, et il n'y aura pas besoin d'intervenir autrement.

Cependant bien souvent, on se trouve en présence d'une fausse guérison, car au bout de quelques semaines, souvent quelques mois, et même des années, la fièvre se rallumera et l'expectoration purulente referra son apparition, faisant croire à de la tuberculose cavitaires.

Il en résulte une grosse importance à faire un bon diagnostic.

Dans d'autres cas, la vomique est insuffisante et le pus s'évacue incomplètement, on est alors autorisé à avoir recours à une thérapeutique active, la thoracotomie; auparavant on aura pu essayer l'emploi d'injections modificatrices dans le foyer, ou le pneumothorax artificiel.

Forme prolongée.

Comme nous l'avons dit plus haut, si dans la moitié des cas la vomique suffit à assurer la guérison, bien souvent le malade reste un suppurant, il se cachectise, les vomiques se renouvellent de temps en temps et on songe à la tuberculose.

Les observations de Sergent, de Martinez et Mesa sont très belles à cet égard. Nous citons une observation de Thévenet, de Lyon, résumée d'après H. Paillard:

« Malade de trente-cinq ans, ayant présenté plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aiguë
« porteur d'une lésion mitrale; en novembre 1906, il

« fut soigné à Paris dans le service de Mosny pour pneu-
« monie droite qui fut suivie d'épanchement; ce der-
« nier fut observé de près et le diagnostic d'empyème
« interlobaire fut posé; l'idée d'une intervention chirur-
« gicale fut discutée, mais non réalisée et le malade
« quitta l'hôpital en mai 1907, apparemment guéri;
« rémission jusqu'en novembre 1909; à ce moment,
« poussée rhumatismale; à cette occasion, le malade
« tousse et crache de nouveau, maigrit, prend l'habitus
« hippocratique et est, sans plus ample informé, con-
« sidéré comme un tuberculeux.

« Pas plus dans les premiers mois que depuis sa ré-
« cidive, il n'a eu de vomique massive; par crachats
« isolés, de fréquence extrêmement variable, plus abon-
« dants, en général, quand il se couche du côté malade.
« il rejette une expectoration purulente qui, certaines
« nuits, peut atteindre 250 cc. Les crachats ne contien-
« nent pas de bacilles tuberculeux, mais surtout des
« staphylocoques.

« A l'examen, poumon gauche intact, sommet et
« base droits en bon état; foyer de matité et d'obscu-
« rité respiratoire à la partie moyenne du poumon droit.
« tournant au dehors vers l'aisselle et se retrouvant en
« avant au-dessus du foie dont elle est séparée par une
« zone sonore. La radioscopie confirme le siège inter-
« lobaire des lésions. »

D'autres cas ont été cités de pleurésies interlobaires
méconnues prises pour des bacillooses, reconnues long-
temps après grâce à l'examen radiologique, et dont l'in-

tervention chirurgicale amena la guérison. Cas de Barjon.

Forme abortive sans vomique.

Ce sont souvent des découvertes d'autopsie, mais de nombreux cas cliniques ont été signalés.

Observation de H. Paillard, rapportée en 1911, il s'agissait d'une pleurésie interlobaire post-pneumonique, vérifiée par la ponction et la radioscopie, il n'y eut jamais de vomique et les examens radiologiques montrèrent la disparition de l'ombre.

Deux petits malades observés à Lyon par Mouriquand, Coste et Morenas, guérissent de la même manière sans jamais avoir présenté de vomique.

Nous citerons également les formes associées :

1° Pleuropneumonie et pleurésie interlobaire.

Cas de H. Paillard, publié en 1907 et guéri par les injections intra-pleurales d'argent colloïdal.

2° Spléno-pneumonie et pleurésie interlobaire.

« En présence d'une spléno-pneumonie qui se prolonge, il faut songer à la possibilité d'une pleurésie interlobaire évoluant dans la profondeur. »

La radiologie sera souvent impuissante, et il faudra compter sur une ponction heureuse pour éclairer ce diagnostic.

Observations de Faisans en 1892, de Thiroloix et Rosenthal 1907, du Pr Chauffard, 1914, d'Ardin Delteil et Maurice Raynaud (d'Alger), 1920.

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES STREPTOCOCCIQUES

Qu'il nous suffise de reproduire l'importante observation rapportée par le professeur Widai et Frouin en 1903. (Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite.)

Il s'agit d'un homme de 38 ans, tailleur de limes, entré à l'hôpital Cochin le 22 avril 1903.

Fièvre typhoïde à onze ans.

Paludisme à vingt-deux ans, avec accès se renouvelant encore;

Syphilis à vingt-quatre ans.

Affection oculaire... X... à 29 ans, soignée aux Quinze-Vingts.

Pupille droite présente les signes d'Argyll-Robertson.

Depuis l'âge de 32 ans élancements douloureux dans les jambes, sans autres signes de tabes. Pas d'abolition des réflexes tendineux, pas de douleurs viscérales, pas de troubles trophiques. Sensibilité normale sur tout le corps, sauf une diminution au contact, dans la zone des deux trijumeaux. Légère lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

En septembre 1901, opéré à Boucicaut pour une ostéomyélite de la branche montante du maxillaire

Inférieur droit. Le malade conserve à la suite de l'opération, une fistule qui donne issue à quelques petits sequestres. En mai 1903, il est repris d'une nouvelle poussée inflammatoire avec gonflement énorme de la joue et fièvre oscillant autour de $38^{\circ}5$; il est opéré une seconde fois, le 2 avril 1903 par M. Launay.

La température était tombée à 37° lorsque dix jours après l'opération, le 12 avril, la température s'élève graduellement pour atteindre 40° le 16 avril.

Il est pris alors de frissons, avec douleurs diffuses dans le thorax, toux, et, le 17 avril il a une hémoptysie assez abondante, qui se prolonge les jours suivants sous forme d'une expectoration visqueuse et un peu sanguinolente : la température se maintient au-dessus de 39° et le pouls à 130.

Il y a de petites poussées thermiques, accompagnées de frissonnements.

Le malade est passé dans notre service le 22 avril. Le lendemain, on le trouve fortement dyspnéique, avec $39^{\circ}3$ de température et 138 de pulsations. L'examen de la poitrine ne décèle aucune voussure à la vue et à la palpation bimanuelle. A la percussion, il existe de la matité dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière. La base du poumon droit est également mate. En avant de la poitrine, le sommet gauche est submat et le sommet droit présente une sonorité normale. A l'auscultation, on trouve des foyers de râles sous-crépitants sans souffle, disséminés dans toute l'étendue du poumon gauche et un petit foyer localisé à la base du poumon droit, en arrière. Dans le reste du poumon

droit, on entend des râles ronflants et sibilants. L'expectoration, peu abondante, est mucopurulente. Il n'y a rien aux autres viscères : le foie déborde seulement un peu le rebord costal. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le malade est pâle et présente à l'angle droit du maxillaire inférieur, formant le fond d'une dépression située à la partie postéro-inférieure de la joue, une fistule par laquelle s'écoule un peu de sérosité. Le reste de la joue est œdématisée et le sillon gingivo-labial du côté correspondant est effacé. La luette est déviée du côté opposé.

Dès le lendemain 23 avril on trouve un souffle à timbre rude à la base du poumon gauche. La dyspnée est extrême, et le cœur bat à 148 pulsations.

On fait une saignée et des injections d'éther et de caféine.

Une ponction exploratrice pratiquée dans la zone soufflante, le 24 avril, reste blanche. Les jours suivants, la dyspnée s'atténue, la température s'abaisse jusqu'à 38°, le pouls bat à 100 pulsations, les râles et le souffle de la base diminuent d'intensité.

Le 1^{er} mai, alors que la température est toujours restée oscillante entre 38 et 39°, on note une modification dans les signes stéthoscopiques. On trouve de la submatité au sommet et à la base, et, dans la région moyenne du poumon, une matité absolue qui s'étend depuis la colonne vertébrale jusqu'au niveau du mamelon gauche; c'est la « matité suspendue » de Dieulafoy, accompagnée de diminution des vibrations, avec

un souffle expiratoire doux qui remonte vers le sommet; pas de pectoriloquie aphone, mais un peu de bronchophonie. Pas de matité de l'espace de Traube. On constate du skodisme sous-claviculaire. Le cœur semble légèrement dévié à droite.

Une ponction exploratrice, pratiquée dans le 5^e espace, à six centimètres de la colonne vertébrale, et à cinq centimètres environ de profondeur, permet de retirer un pus verdâtre, épais, filant qui est examiné bactériologiquement.

A partir du 4 mai, l'expectoration du malade augmente d'une façon très notable, et il semble qu'une fistule se soit produite et qu'une vomique se fasse : ce sont des crachats purulents, sans odeur, contenant beaucoup de streptocoques et pas de bacilles de Koch. Les signes physiques ne se modifient pas : même matité hydrique à la partie moyenne, espace de Traube sonore, skodisme sous la clavicule. Le souffle expiratoire doux ne prend pas le timbre amphorique, ne s'accompagne pas de gargouillement.

La température est alors très irrégulière, avec grandes oscillations; le pouls bat à 110 en moyenne à la minute. L'appétit est conservé, mais les sueurs sont abondantes et le malade s'affaiblit.

En outre, depuis le 26 avril, environ, le malade ressent une douleur au niveau de l'extrémité supérieure du radius droit. Cette douleur s'accroît et est exagérée par la pression. A la palpation, on sent sous la masse des muscles épicondyliens une nodosité de la grosseur d'une amande. Il n'y a ni rougeur de la peau, ni ganglions axillaires perceptibles.

Le 12 mai, tandis que la tuméfaction du coude a beaucoup diminué, et qu'on sent seulement un peu de dureté dans la profondeur, il se forme une tuméfaction à la face dorsale de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet. Mais c'est une inflammation superficielle, légère qui disparaît dès le lendemain.

Les sueurs du malade augmentent, et on remarque en même temps un peu de fétidité de l'haleine.

L'expectoration des jours précédents est diminuée. La dyspnée est continue. Le souffle devient plus intense et prend un timbre métallique avec bronchophonie plus nette et plus étendue. La température oscille de 37° le matin à 39° le soir. Le pouls est à 100.

Le malade est passé dans un service de chirurgie, et opéré le 14 mai par M. Launay. Les septième et huitième côtes sont réséquées au niveau de leur partie moyenne, et il s'écoule environ un litre de pus jaune, verdâtre, filant, d'odeur un peu fétide. La cavité ouverte s'étend surtout en profondeur et remonte vers le haut de la poitrine, du côté de la colonne vertébrale. Sa partie inférieure est délimitée par du tissu pulmonaire. La poche est drainée.

Les jours suivants, on soutient les forces du malade par des injections de sérum artificiel. La température oscille autour de 37° 8 et l'amélioration se fait progressivement; la dyspnée disparaît, l'expectoration s'arrête. Les drains donnent issue à du pus très abondant et un peu fétide.

Le 20 mai, le malade souffre de son coude droit; la douleur, exagérée par la pression, s'accompagne

d'un œdème notable. La température monte à 38° 5, et jusqu'au 23 mai, elle oscille entre 37° 5 et 38° 5, pendant que la douleur et la tuméfaction augmentent.

Le 23 mai, on constate une fluctuation nette, et l'avant-bras est incisé au niveau de sa partie supéro-interne.

Il s'écoule environ 100 grammes de pus, sans sequestre osseux. Ce pus est examiné de la même façon que le pus de la plèvre.

A partir de ce jour, la température est restée aux environs de 37°. L'état général est devenu excellent, et au niveau du poulmon, chaque pansement a montré une régression graduelle de la cavité. Aujourd'hui, la plaie cutanée est cicatrisée, et il reste seulement une petite fistule par laquelle s'écoule encore un peu de sérosité.

Les recherches bactériologiques pratiquées chez ce malade ont porté sur deux points. D'abord deux ensemencements de 4 cc. de sang dans 400 cc. d'eau peptonée, pratiqués le 2 mai et le 8 mai, n'ont donné aucune culture microbienne.

L'examen bactériologique du pus de la plèvre a montré une grande quantité de cocci en chaînettes, prenant le Gram, qui se sont développés dans le bouillon et sur la gélose.

L'inoculation sous-cutanée de ce pus à une souris l'a tuée en soixante-dix huit heures, et le sang de l'animal était rempli de streptocoques. Mais les cultures en bouillon de vingt-quatre heures, en inoculation sous-cutanée et intraveineuse au lapin n'ont pas tué ces animaux, ni même donné l'érysipèle au lapin.

Le sang de la souris, morte de streptococcie ensemencé dans du bouillon a donné une culture pure de streptocoques qui se sont encore montrés inoffensifs pour le lapin.

Les mêmes épreuves ont été reproduites avec le pus « venant de l'abcès antibrachial ouvert le 23 mai. Le « streptocoque constaté encore à l'examen direct a été « cultivé sur gélose et dans le bouillon, il n'a pas tué la « souris, ni donné l'érysipèle en injection sous-cutanée « chez le lapin. »

« En résumé, malade atteint d'ostéomyélite chronique « du maxillaire inférieur droit faisant après deux ans « une pleurésie interlobaire gauche. Dans les deux foyers « le même microbe, le streptocoque. »

La pleurésie interlobaire, rarement de nature streptococcique, a évolué d'une façon à peu près conforme à la description magistrale qu'en a donnée Dieulafoy.

Il aurait été intéressant chez ce malade, étudié d'une manière si complète et si lumineuse au point de vue clinique, d'avoir pu faire un examen radiologique qui aurait certainement montré l'ombre caractéristique de la pleurésie interlobaire.

La vomique, ici une vomique fragmentée, est apparue selon le délai classique le 22^e jour, elle n'a pu assurer la guérison du fait même de cette fragmentation et l'opération chirurgicale, après constatation de la fièvre hectique, a eu comme résultat, pour le malade, une guérison rapide.

PLEURESIES INTERLOBAIRES TUBERCULEUSES

Elles sont presque toujours surajoutées à un processus pulmonaire. L'évolution sera souvent différente et les signes physiques et radiologiques sans identité entre eux.

Depuis les travaux de Bédère l'identification des lésions de scissurite est bien connue.

Comme l'ont montré Rist et Ameuille, il y a non seulement soudure et épaissement de l'interlobe mais souvent déformation.

Depuis Sabourin qui en a fait des descriptions remarquables (1905-1906-1907) on distingue deux formes : la forme séro-fibrineuse souvent décelée à l'examen clinique, si volumineuse; la forme purulente, se traduisant souvent par une vomique.

« L'évolution dépend souvent plus des lésions pulmonaires concomitantes que des lésions pleurales proprement dites.

« La fistulisation d'une pleurésie purulente tuberculeuse est toujours un événement fâcheux qui ouvre la porte aux infections secondaires et à une suppuration cachectisante. » (H. Paillard).

Il peut y avoir également chez les tuberculeux des

pleurésies interlobaires non tuberculeuses. E. Sergent et H. Durand en citent deux cas.

Il en découle une grosse importance à poser un diagnostic exact, car comme le font remarquer E. Sergent et Durand, ces pleurésies interlobaires non tuberculeuses de tuberculeux sont justiciables du pneumothorax artificiel et non de la pleurotomie.

Pleurésies interlobaires staphylococciques.

Elles sont rares; quelques cas rapportés autrefois par Lop et Monteux; observation de Mancini; il s'agit d'un jeune homme qui avait eu la furonculose trois mois auparavant, le diagnostic de pleurésie interlobaire fut fait par la ponction, qui retira du pus contenant du staphylocoque. Vomiqué au bout de quarante jours, ombre suspendue à la radioscopie. Pleurotomie retira 300 gr. de pus, prouvant que le diagnostic était exact, et la guérison s'ensuivit.

Pleurésie interlobaire à pneumobacille de Friedlander.

Forme en général bénigne, nous nous contenterons de signaler les observations de Baltus, Netter et Letulle.

Pleurésie interlobaire putride.

Millet en a donné une longue description, quelques rares observations, Guillemot, Hallé et Rist.

Ce sont des formes graves presque toujours mortelles, qui ont semblé justiciables des sérums antigangréneux et du pneumothorax artificiel.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite).

Pleurésie interlobaire droite. Opération et guérison.

L... 34 ans, maçon, entré à l'hôpital Cochin le 16 septembre 1926, salle Josias, lit n° 6.

Le malade, âgé de 34 ans, est entré dans le service pour de la toux et de la fièvre.

Il est entré insidieusement dans son affection vers le 1^{er} septembre dernier.

Tousseur d'habitude depuis la guerre, il a ressenti, vers cette date, du malaise, une augmentation de la toux, un peu de dyspnée, la sensation de fièvre.

Il s'est couché au bout d'une semaine, puis comme il ne pouvait continuer à se soigner chez lui, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, ce qui frappait, c'était la discordance entre des signes fonctionnels et généraux d'une part, des signes physiques discrets d'autre part.

Le malade respirait d'une façon rapide (40-50), superficielle, avec un léger battement des ailes du nez. Il existait une cyanose discrète des lèvres et des extrémités.

La toux sèche, quinteuse, peu fréquente, ne ramenait qu'une expectoration muco-purulente qui n'aurait jamais été ni rouillée, ni sanglante.

Elle réveillait un point de côté à la partie moyenne de l'hémithorax droit.

L'état général était altéré, c'était celui d'un infecté. température à 40°, pouls à 120 pulsations, sueurs profuses.

Il existait en outre, de la diarrhée, de l'inappétence.

Or les signes trouvés à l'examen du thorax étaient strictement limités au côté droit. C'étaient uniquement des signes de congestion de la moitié supérieure du poumon droit.

Devant l'intensité des signes fonctionnels et généraux, étant donné que le malade était un tousseur habituel on s'est, pendant quelques jours, demandé si ce malade n'était pas atteint de tuberculose pulmonaire aiguë. Or des examens répétés montrèrent, non du bacille de Koch, mais du pneumocoque dans l'expectoration.

Dans la suite il y a une aggravation progressive des signes fonctionnels et généraux, à part cependant une ébauche de défervescence à 37° 5 au 4^e jour du séjour à l'hôpital. rémission sauf le lendemain. La dyspnée, la cyanose, la toux, les sueurs s'accroissent, les frissonnements deviennent plus fréquents; pendant cette période qui va du 25 au 28 septembre les signes physiques ne sont pas plus précis; toujours signes de condensation de la moitié supérieure du poumon droit.

Le 29 septembre, la température s'accroît, dyspnée et cyanose deviennent très fortes.

Un examen plus minutieux est alors fait. On trouve à droite, en avant, dans la région sous-claviculaire, au niveau des trois premiers espaces une matité « de bois », un silence absolu à ce niveau à l'auscultation. Une ponction pratiquée dans le 2^e espace ramène du pus franc louable à reflets verdâtres, contenant des polynucléaires altérés et du pneumocoque, qui a tué la souris en 24 heures.

Une ponction évacuatrice a retiré le même jour 200 gr. de pus verdâtre.

La radio, faite ensuite, a montré un épanchement volumineux barrant la plus grande partie de l'hémithorax.

Sa limite supérieure était horizontale, variable avec les mouvements du malade, la limite inférieure convexe en bas s'opposait à la convexité en haut du diaphragme. Le sommet est gros, de même que la base.

La vue en frontale et en oblique confirme cette notion de pleurésie transversale, très probablement interlobaire.

Depuis lors, au point de vue clinique, les signes se sont modifiés : le 3 octobre seulement on a eu une nouvelle justification du diagnostic. De la matité suspendue est apparue en arrière, alors qu'on l'avait vainement cherchée auparavant, comme si l'épanchement d'abord antérieur avait tourné.

Actuellement le malade est amaigri anémié.

Gl. R.	1.800.000
-------------	-----------

Gl. B.	5.200
-------------	-------

Foie, urine : normaux.

En résumé il s'agit d'une pleurésie purulente transversale à pneumocoques prouvée par la ponction, la radio, la clinique, probablement interlobaire. Ce qui fait son pronostic, c'est sa nature pneumococcique qui impose l'intervention chirurgicale qui toujours est un triomphe.

Intervention le 5 octobre 1926. (Pavillon Lister).

Pleurotomie avec résection portant sur la 3^e côte. Pus verdâtre, très abondant, avec fausses membranes congglomérées en gros paquets, comme des paquets d'étoffe.

Suites opératoires excellentes.

Bon état général.

A peu près guéri en décembre 26.

Observation II (inédite).

Pleurésie enkystée interlobaire.

Mme V..., 37 ans, journalière. Entrée le 27 novembre 1926 sortie le 24 décembre 1926. Hôpital Cochin, salle Brouardel, lit n° 8.

Malade âgée de 37 ans, journalière dont l'histoire pathologique a procédé en deux étapes.

1° Au début d'octobre, 15 jours après une cholécystectomie, dont les suites opératoires immédiates avaient été normales, la malade ressentit, pendant trois jours, une violente douleur, au niveau de l'angle de l'omoplate. En même temps survenaient : la toux parfois émétisante, et l'expectoration sans caractère spécial.

La fièvre était peu élevée, 38° 5, l'état général restait bon, pas d'anorexie.

On aurait parlé à la malade de congestion pulmonaire, mais une ponction pratiquée dès cette époque aurait ramené un liquide que la malade décrit mal.

Cet épisode persiste pendant tous le mois d'octobre, forçant la malade à rester alitée; cependant à la fin de ce mois, elle peut revenir chez elle et reprendre son métier peu fatigant.

La toux et l'expectoration persistent cependant, mais l'état général pendant le mois de novembre était excellent.

2° Le 24 novembre, à la suite d'une marche de plusieurs heures, la malade ressent un violent point de côté droit avec frissons répétés, sueurs abondantes et céphalée.

La température est d'emblée à 39°.

Les signes fonctionnels : toux et expectoration augmentent d'intensité.

La malade entre à l'hôpital le 27.

A l'examen :

Placard d'herpès labial;

Le point de côté est moins violent; la malade le décrit bien, il est haut situé, oblique en bas et en avant, mamelonnaire.

L'expectoration est muco-purulente, assez abondante, et dès cette époque, la malade se plaint de fétidité de l'haleine.

L'état général est bon.

L'examen du thorax ne révèle qu'un peu de submatité de la fosse sous-épineuse droite avec légère exagération des vibrations vocales.

Dans cette zone, on entend quelques râles sous-crépitaux fins.

Dès cette époque, l'examen radioscopique montre une zone d'opacité au tiers moyen du poumon, empiétant sur le tiers supérieur, et au milieu de cette zone sombre une zone claire a tous les caractères d'une spéléonque.

Le cœur est normal; aucun signe digestif, hépatiques, urinaux. Les réflexes sont normaux, bien que les pupilles réagissent lentement.

Plusieurs examens de crachats sont négatifs au point de vue tuberculeux.

Dans les jours qui suivent : jusqu'au 10 novembre, l'état s'améliore, le point de côté s'atténue, mais la température reste irrégulière, l'expectoration augmente un peu d'abondance.

Le 10 novembre, alors que la malade avait une nouvelle poussée fébrile (39° 6), le point de côté réapparaît, en même temps que la fétidité de l'haleine. La toux est très violente, et à 11 h. du matin, à la suite de trois quintes très intenses,

la malade rejette une très abondante expectoration purulente, *striée de sang*, de saveur désagréable, emplissant un crachoir.

A la suite de cette vomique la température tombe en quelques jours, mais l'expectoration persiste, abondante (130 à 140 cc.) et présente les trois couches classiques.

L'examen de cette expectoration a montré :

pas de B. K. ;

pas de fibres élastiques;

flore microbienne polymorphe : surtout des *pneumocoques*, quelques strepto et staphylo.

Culture très faible en anaérobies.

L'examen physique ne permet plus que de déceler un peu de matité et une percussion douloureuse dans la région sous-épineuse droite.

La radiographie montre toujours la même obscurité du tiers moyen et du tiers supérieur du champ pulmonaire droit. L'image spéléonquaire persiste, moins apparente.

Examen du sang : B. W. négatif.

Antécédents : Il faut ajouter que la malade a eu huit enfants et une fausse couche.

Quatre enfants sont morts en bas âge de maladie infectieuse ou de broncho-pneumonie.

De plus la malade a été opérée en 1920 pour salpingite droite et six mois après a présenté des signes d'occlusion intestinale suivie de phlébite gauche.

En résumé. — Chez une malade ayant présenté un épisode pleuro-pulmonaire quinze jours après une cholécystectomie survient au bout d'un mois une nouvelle affection pulmonaire. Celle-ci est caractérisée par une fièvre irrégulière, des signes fonctionnels importants, des signes physiques discrets, des signes radiologiques plus nets (d'uni-

fication et spéléonque du lobe moyen du côté droit). Mais surtout au bout de treize jours, *vomique typique* précédée de fétidité de l'haleine et accompagnée d'hémoptygies.

Les examens de crachats permettent d'éliminer la bacillose et la gangrène pulmonaire. L'histoire même fait rejeter le diagnostic de dilatation des bronches.

Restent donc deux hypothèses : pleurésie enkystée, sans doute interlobaire, ou abcès du poumon. La fréquence comparée des deux affections doit faire pencher vers le premier de ces deux diagnostics.

Evolution. — Pendant le séjour à l'hôpital l'état s'améliore grandement; la malade apyrétique, crachant moins quitte l'hôpital.

Traitement. — Injections sous-cutanées d'huile eucalyptolée et auto-vaccin.

Observation III (inédite).

Pleurésie interlobaire métapneumonique.

L... Jean, 39 ans, manœuvre maçon, entré à l'hôpital Cochin le 23 novembre 1926, salle Josias, lit n° 17.

Cet homme, âgé de 39 ans, fort et vigoureux, n'a aucune tare pathologique. Il a été toujours bien portant jusqu'à sa maladie actuelle, qui a débuté brusquement le 23 octobre.

La veille, un dimanche, il était sorti avec des camarades, et n'avait rien éprouvé d'anormal.

Le lundi, comme il était au chantier il ressentit, vers 9 heures du matin, des frissons violents, subintrants, accompagnés aussitôt d'une sensation intense de malaise; il vomit le repas qu'il venait de prendre; ce n'est cependant qu'à trois heures de l'après-midi qu'il dut renoncer complè-

tement à travailler; il rentra chez lui et aussitôt s'alita.

La nuit il eut des sueurs profuses. Mais ce n'est que le lendemain qu'apparut un point de côté sur la pointe de l'omoplate droite; il dut être de peu d'intensité, car son souvenir n'obsède pas le malade; d'autre part, il ne dura que quelques jours. En même temps que ce point de côté apparurent de la dyspnée et de la toux, le malade expectora en quantité assez importante semble-t-il des crachats brunâtres.

Il ne prit pas sa température mais des sueurs fréquentes l'obligèrent à changer souvent de linge.

Un médecin appelé à ce moment, porta un diagnostic de congestion pulmonaire, envisagea la possibilité d'une pneumonie sans être affirmatif.

Le malade ne semble pas avoir eu de vésicules d'herpès.

Dix jours après ce début brusque les troubles s'amendèrent, mais d'une façon incomplète; dyspnée et toux s'étaient atténuées, mais les sueurs persistaient, de même qu'une certaine asthénie; le malade cependant put se lever.

L'accalmie ne fut que de courte durée; au bout de quelques jours le malade dut s'aliter de nouveau; il ne ressentit à ce moment aucune douleur, le point de côté initial n'ayant pas reparu. Mais deux faits frappèrent surtout son attention : tout d'abord un amaigrissement rapide (perte de 12 kilos) et surtout une fétidité de l'expectoration. Ces symptômes ne se modifièrent pas et le malade résolut d'entrer à l'hôpital.

A l'entrée on était frappé par la pâleur et l'amaigrissement de ce sujet qui présentait encore des sueurs abondantes. On pensait aussitôt à une suppuration profonde et les commémoratifs attiraient immédiatement l'attention sur le thorax. D'ailleurs l'expectoration, quoique peu abondante

et mucopurulente verdâtre, présentait par moment une fétidité très nette quoique différente de l'odeur de sphacèle. L'haleine elle-même devenait fétide au moment des quintes de toux.

Par contre, l'examen du thorax donnait peu de renseignements. L'hémithorax gauche est normal. A droite et en avant on remarquait, sans modification de la sonorité, une diminution très considérable du murmure vésiculaire. A droite et en arrière, on observait une matité franche de la moitié supérieure, sans résistance au doigt; les vibrations vocales étaient exagérées; le murmure vésiculaire persistait, quoique affaibli, et n'était pas remplacé par un souffle; les bruits adventices consistaient en quelques râles bulleux disséminés; l'auscultation de la voix haute puis chuchotée révélait simplement de la bronchophonie. Il n'y a jamais eu de foyer dans l'aisselle. En somme les signes stéthacoustiques étaient banaux et ne permettaient pas de poser un diagnostic précis.

Les examens radiologiques eux-mêmes, n'apportèrent pas au début de précisions plus grandes; on constatait simplement une opacité uniforme de la moitié supérieure de l'hémithorax droit, la base présentant une transparence normale; le sommet cependant était moins obscur que la région sous-jacente et il y avait ainsi une ébauche d'ombre suspendue.

La température était irrégulière.

Le 3 décembre, près de six semaines après le début de l'affection, sans avoir présenté véritablement de vomique le malade vit son expectoration augmenter progressivement et rapidement; trois jours plus tard, elle atteignait 150 gr. et on la voyait se disposer en trois couches.

Dès le 4 décembre, les examens radioscopiques montraient

des images très particulières qui furent fixées sur des clichés. Le malade étant examiné en position antérieure et couché, on n'apercevait toujours qu'une ombre homogène de la moitié supérieure de l'hémithorax droit. Mais lorsque l'on examine le malade debout et en position postérieure on voit nettement au milieu de la masse opaque une image hydro-aérique sous-jacente à la clavicule; on voit nettement une bulle d'air limitée en bas par une collection sombre à niveau supérieur horizontal et qui reste horizontal malgré les déplacements imprimés au malade.

Les modifications stéthacoustiques ne suivent que de 48 heures les modifications radiologiques. En avant, on ne constate toujours qu'une diminution considérable du murmure vésiculaire. Mais, en arrière, si la matité n'est pas modifiée, on n'entend plus aucun râle; d'autre part, un souffle a apparu, prenant d'abord les caractères d'un souffle tubaire mais d'intensité faible; ultérieurement il devint à prédominance expiratoire et prit un timbre doux pour réaliser un souffle cavitaire; mais jamais à ce souffle ne se sont associés de râles. L'auscultation dans l'aisselle est restée négative.

Par ailleurs, un examen systématique est resté négatif.

On a examiné les crachats et on y a trouvé en grande abondance des diplocoques encapsulés prenant le Gram; des ensemencements en gélose profonde sont restés négatifs. On n'a jamais trouvé de B. K.

Une numération globulaire a permis de préciser le taux de l'anémie

G. R. 2.100.000

et de mettre en évidence une leucocytose :

G.—B.	9.600
Poly	55
Eos	1
gros mono	10
moyens	29
lympho	3
transi	2

Chez ce malade lorsqu'il est entré dans le service, comme il présentait de la fétidité de l'haleine et de l'expectoration, et que l'on constatait par ailleurs chez lui cliniquement et radiologiquement, un bloc de la moitié supérieure d'un hémithorax, on pouvait discuter un diagnostic de gangrène pulmonaire; en réalité, la fétidité constatée n'était pas comparable à celle d'un sphacèle, et surtout on devait remarquer le mode évolutif très spécial des accidents. On pouvait déjà penser ainsi à la possibilité d'une pleurésie interlobaire et la fétidité constatée devait être considérée comme annonciatrice, sinon d'une grande vomique, du moins d'une évacuation plus grande de pus par les bronches; ce malade n'a jamais eu de crachats sanglants.

En réalité ce sont surtout les signes radiologiques qui ont permis de faire le diagnostic en montrant la présence d'une image hydro-aérique au niveau de l'interlobe supérieur droit.

Les modifications stéthacoustiques ont été plus tardives et sont restées plus frustes, puisque l'on entend un souffle cavitaire sans râles concomitants.

Par contre, signes stéthacoustiques et radiologiques concordent pour montrer que le foyer est postérieur.

L'examen du pus a affirmé la nature pneumococcique de cette pleurésie et l'étude des commémoratifs montre

qu'il s'agit très vraisemblablement d'une pleurésie métapneumonique.

10 décembre : L'état général du malade est meilleur.

L'expectoration moins abondante (100 gr.) et sans fé-tidité.

Les signes physiques ne sont pas modifiés : hémithorax supérieur droit en arrière, souffle cavitairé sans râles.

15 décembre : Bon état général, bon appétit, une certaine pâleur persiste cependant.

En arrière partie supérieure de l'hémithorax droit, même matité, le souffle a diminué d'intensité; il n'y a toujours aucun râle, même après la toux.

Radiographie du 18 décembre 1926 montre une opacité avec cavité claire à contours irréguliers; le niveau hydro-aérique apparaît moins nettement.

21 décembre : Aucune modification locale.

Amélioration progressive de l'état général, augmentation de poids : 1 kg. 600 en un mois depuis son entrée dans le service.

28 janvier 1927 : Expectoration très minime. Très bon état général, poids 74 kg. 150. Disparition du souffle pulmonaire, seule persiste la matité de la moitié supérieure du poumon droit, en arrière.

TRAITEMENT

TRAITEMENT MÉDICAL

a) **Traitement local.**

1° *Ponction évacuatrice simple.*

Elle est parfois suffisante à guérir la pleurésie, surtout s'il s'agit de pleurésie pneumococcique.

Si la collection est peu abondante, l'aiguille de ponction exploratrice pourra être suffisante pour son évacuation.

2° *Ponction exploratrice avec injection de liquide modificateur.*

Après avoir évacué la plus grosse quantité de pus possible, on pourra injecter dans la cavité : soit un sérum spécifique, antipneumo, antistrepto ou anti-gangréneux, etc., soit encore, selon une observation de H. Paillard (pleurésie interlobaire traitée par les injections intrapleurales d'électrargol; guérison rapide, observation XI, de la thèse d'Auboyer, Paris, 1908) de l'argent colloïdal.

« Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui présente tout d'abord les signes d'une pleuro-pneumonie grave

avec hyperthermie (jusqu'à 41° 4) et épanchement séro-fibrineux dans la grande cavité pleurale. La fièvre persistant, on injecte 10 cc. d'électrargol dans la grande cavité pleurale pendant cinq jours de suite; chute en lysis remarquable de la température; puis reprises thermiques irrégulières, et vomique le 35^e jour de la maladie; il s'agit d'un foyer interlobaire qui est repéré par ponction; des injections intrapleurales d'électrargol sont faites dans le foyer et la guérison a été obtenue rapidement. »

Depuis, on a signalé de nombreuses guérisons par ce procédé. Les succès présentement obtenus par la vaccinothérapie locale permettent d'espérer qu'elle pourra être appliquée au traitement des pleurésies interlobaires.

b) **Traitement général.**

Surtout dans les cas de pleurésies streptococciques la vaccinothérapie nous semble très utile; si dans les pleurésies bénignes pneumococciques le rôle du médecin est terminé, il n'en est plus de même dans les pleurésies à infection grave; le traitement anti-infectieux général doit être mis en œuvre point par point.

Cette vaccinothérapie n'a-t-elle pas donné un succès remarquable à H. Dufour et Debray (Pleurésie purulente cloisonnée à strepto guérie par la vaccinothérapie, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, janvier 1921.) Il s'agissait d'une pleurésie purulente enkystée de la base gauche évoluant chez une jeune fille de 15 ans. On employa le vaccin antistrepto de l'Institut Pasteur

(1^{re} injection 1 /2 cc.; 2^e injection, quatre jours après, 1 cc.; 3^e injection sept jours après, 3 cc.; 4^e injection, 4 jours après, 3 cc.; la 5^e injection huit jours après, 4 cc.) Dès la 3^e injection la température baissa pour redevenir normale onze jours après. Disparition de signes physiques. La guérison put donc être obtenue médicalement.

A ce titre également la sérothérapie antigangréneuse doit être mise en œuvre, dans le cas de pleurésies enkystées relevant d'infections anaérobies.

Pneumothorax thérapeutique.

De même que les abcès du poumon, la pleurésie interlobaire peut également être soignée par le pneumothorax thérapeutique.

P. E. Weil et G. Rosenthal ont exposé la question avec de nombreuses observations de Forlanini.

Un cas traité avec succès est rapporté par Dumitrescu Mante.

A noter également une belle observation de A. Pelle : il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, dont les signes cliniques avaient fait songer, au début, à une broncho-pneumonie tuberculeuse, mais on ne trouva jamais de B. K. dans les crachats. L'ombre suspendue à la radio fit faire le diagnostic de pleurésie interlobaire qui fut vérifié par l'apparition d'une vomique; le pus se drainant mal, on entreprit le pneumothorax thérapeutique (au 9^e mois de la maladie), ce qui amena une guérison rapide.

J. Troisier et R. Gayet ont publié en 1923 une observation de pleurésie interlobaire prolongée guérie par le pneumothorax artificiel et la vaccination anti-pneumococcique.

S. Irimescu de Bucarest a employé ce même traitement dans deux cas de pleurésie interlobaire tuberculeuse.

Dans le 1^{er} cas, il s'agit d'un vieux bronchitique chronique et syphilitique avec pleurésie interlobaire typique, douleurs intenses, hémoptysies, vomiques subintrantes et état cachectique avancé. B. K. dans les crachats.

Le pneumothorax artificiel amena au bout de quatorze injections, la suppression de tous les symptômes pathologiques; le malade augmenta de 15 kilos et put reprendre son travail.

Le 2^e cas, semblable au premier, fut traité quelques mois après avec un égal succès.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, car les cas sont souvent moins favorables; nous résumerons une observation de Mossé et Tapie, 1922 :

Il s'agit d'une pleurésie interlobaire avec vomiques fractionnées, amélioration à la suite de ponctions exploratrices ayant amené un pneumothorax aseptique de la grande cavité. Le malade refusant l'intervention chirurgicale on pratique le pneumothorax thérapeutique; des adhérences empêchent la rétraction complète du poumon; après amélioration passagère, le malade fait une grande vomique et infecte secondairement la grande cavité. Pleurotomie d'urgence. Le malade suc-

combe après avoir présenté des signes de streptococcie subaiguë.

Mais dans l'ensemble nous pouvons dire que les résultats du pneumothorax thérapeutique semblent assez satisfaisants pour que l'on soit nettement encouragé dans cette voie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical doit toujours être envisagé. Le but du médecin sera alors de faire un repérage précis pour donner au chirurgien l'indication exacte du point où doit porter l'intervention, qui ne doit être faite qu'à coup sûr; on fera pour cela, sous anesthésie, une ou plusieurs ponctions exploratrices qui seront un surcroît de garantie; ce qui ne dispense aucunement, d'ailleurs, d'avoir fait tous les autres efforts de localisation, au contraire.

Parfois, assez souvent même d'après nos observations, l'intervention pourra être évitée.

Ponction ou vomique pourront suffire au drainage du pus dans certaines pleurésies pneumoniques et même streptococciques. L'emploi des diverses médications peut contribuer également à écarter la nécessité d'une intervention.

Mais dans la majorité des cas, la thoracotomie reste la règle.

Nous n'insisterons pas sur les détails qui ne sont pas

de notre compétence, mais nous insisterons, au contraire, sur ce qui nous croyons être les dangers d'une temporisation excessive dans les formes graves. Alors l'intervention doit être aussi précoce que possible.

CONCLUSIONS

En résumé, et d'une façon générale, le diagnostic d'une pleurésie interlobaire passera par les stades suivants :

1° L'examen clinique attentif ne pourra donner lieu qu'à une présomption d'autant plus faible qu'il n'y a pas eu de vomique.

2° L'examen radiologique confirmera le diagnostic et précisera la localisation, et en cela une image hydro-aérique avec niveau liquide sera plus convaincante qu'une ombre pure.

3° La certitude sera fournie par une ponction exploratrice montrant la présence du pus. Et cela seulement permettra au médecin de confier le malade au chirurgien.

D'où très grosse importance de la ponction exploratrice.

4° Le traitement ne présente pas d'uniformité, il varie suivant les cas.

Dans certaines pleurésies pneumococciques la guérison pourra se faire par la vomique seule.

Dans d'autres pleurésies interlobaires avec petit foyer, cette guérison pourra avoir lieu sans vomique ni aucune intervention.

Dans le restant des cas, l'intervention chirurgicale constituera l'acte nécessaire.

Souvent elle sera insuffisante, car dans les pleurésies interlobaires grippales, en particulier, où l'épanchement ne traduit qu'un des éléments de l'infection générale, il faudra faire intervenir la médication des grands infectés.

5° La thérapeutique médicale garde à son honneur une série de médications actives :

- a) les injections d'argent colloïdal dans la plèvre;
- b) la vaccinothérapie;
- c) le pneumothorax thérapeutique.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la Thèse,
R. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ardin (P.) Delteil et Raynaud (Maurice).** — Splénopneumonie et pleurésie interlobaire. (*Paris Médical*, 12 juin 1920.)
- Armand Delille, Marty et Duhamel.** — Syndrome cavitare consécutif à une pleurésie interlobaire (*Société de pédiatrie*, 15 mai 1923.)
- Arthaud (Gabriel).** — La pleurésie interlobaire (*Société de pathologie comparée*, 19 mai 1921.)
- Auber, Nuytten et Lemaître.** — Pleurésie interlobaire (*Société de médecine du Nord*, janvier 1923.)
- Baltus.** — Pleurésie interlobaire à pneumobacille de Friedlander (*Archives de Médecine des enfants*, 1899.)
- Baudouin (F.).** — Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie (*Société méd. des hôpit. de Paris*, 22 juillet 1910.)
- Barjon.** — Radiodiagnostic des affections pulmonaires. — Paris, 1916.
- Béclère.** — L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe. (*Société méd. des hôpit. de Paris*, 28 février 1902.)
- Berger (E.).** — Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire d'origine tuberculeuse et particulièrement de la forme sèche (*Thèse de Paris*, 1907-1908.)
- Breton.** — Pleurésie pneumonique prise pour un anévrisme de l'aorte (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1905.)

- Cade et Morénas.** — Pleurésie interlobaire tuberculeuse pseudo-pneumonique à évolution rapide (*Société méd. des hôpit. de Lyon*, janvier 1921.)
- Caussade et Deberdt.** — A propos d'un cas de spléno-pneumonie (pleurésie enkystée, diagnostic sur la nature tuberculeuse) (*Société méd. des hôpit.*, 1921.)
- Caussade et Logre.** — Pneumococcie pulmonaire prolongée à forme pseudo-pleurétique et pseudo-cavitaire. (*Société méd. des hôpit. de Paris*, avril 1913.)
- Chapuis (S.).** — Autosérothérapie des épanchements pleuraux (*Schweiz. méd. Wchnsch.*, Basel 1926)
- Chauffard.** — Sur un cas d'empyème gangréneux interlobaire (leçon recueillie par M. Souques). (*Bulletin médical*, 1889.)
- Pleurésie interlobaire. (*Jeun. des prat.*, 1905.)
- Dieulafoy.** — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. (Paris, 1898-1899.)
- Ducatillon.** — De la spléno-pneumonie à forme prolongée. (*Thèse de Lille*, 1908.)
- Duhem et Seguin.** — Les pleurésies purulentes enkystées. (*Journal de radiol.*, 1925.)
- Dumitrescu-Manté.** — Pleurésie interlobaire traitée par pneumothorax artificiel et néo-salvarsan intraveineux. (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 octobre 1920.)
- Durbin.** — Les pneumothorax partiels et en particulier le pneumothorax interlobaire (*Thèse de Paris*, 1908.)
- Fleischner (Félix)** (Vienne). — Die exudative mediastino-interlobare pleuritis (*Fortschritte auf den gebiete der Röntgenstrahlen*, Hamb. 1925, Kongressheft 116.).
- Flemming-Møller** (Copenhague). — La radiographie des excudats interlobaires (*Acta radiologica*, tome II n° 2.)
- Grancher.** — Diagnostic et traitement de la pleurésie interlobaire (*Revue de thérap. méd.-chirurg.*, 1900.)

- Guillemot, Hallé et Rist.** — Recherches bactériologiques et expérimentales sur les pleurésies putrides. (*Arch. de méd. expérim.*, septembre 1904.)
- Guinon.** — Sur les difficultés du diagnostic de la pleurésie interlobaire (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, janvier 1899.)
- Guy-Laroche, Brodin et Huber.** — Syndrome pseudo-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires. (*Annales de méd.*, 1914.)
- Haase.** — Contribution à l'étude de l'empyème interlobaire. (*Medizinische Klinik*, août 1911.)
- Hess.** — Empyèmes interlobaires (*Société des méd. de Posen. Deutsche medical Woch.*, avril 1911.)
- Hirtz et Beaufumé.** — Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire (*Bull. de la soc. méd. des hôpit.*, mai 1910.)
- Houpert.** — Pleurésie purulente interlobaire (*Thèse Paris*, 1906.)
- Irimescu (S.).** — Deux cas de pleurésie interlobaire traités par le pneumothorax artificiel (*Spitalul* (Bucarest), mai-juin, 1919.)
- La Torre.** — Le pleurite interlobari (*Boll. d. soc. eustach.*, Camerino, 1925.)
- Letulle.** — Pleurésie interlobaire gauche suppurée causée par le pneumobacille de Friedlander (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1890.)
- Liberopulo.** — Un caso di pleurite interlobare guarita senza intervento chirurgico (*Gazetta degli hosp.*, Milano, 1925. 674-676.)
- Legrand.** — Quelques cas de dilatations bronchiques et de pleurésies interlobaires confirmées et précisées par l'examen radiologique avec injections intratrachéales de lipiodol. (Paris, 1924. n° 114, p. 8.)

Mancini — Pleurésie purulente à staphylocoques. (*Wiener Medical Wochenschrift*, 1912.)

Martinelli. — Pleurésie interlobaire aiguë (*Thèse de Paris*, 1905.)

Millet. — De l'empyème gangréneux interlobaire (*Thèse de Paris*, 1890.)

Monnier. — *Gaz. méd. des hôpit. de Nantes*, 2 et 9 nov. 1907.

Moitié. — Pleurésie interlobaire (*Thèse de Lille*, 1904.)

Mossé et Tapie. — Pleurésie interlobaire avec vomique fractionnée; pneumothorax thérapeutique; infection secondaire de la grande cavité (*Société de méd. de Toulouse*, juillet 1922.)

Mosny et Pinard. — Pleurésie purulente interlobaire consécutive à un pneumothorax chez une emphysémateuse tuberculeuse (*Société méd. des hôpit.*, mai 1908.)

Mouriquand, Costes et Morénas. — Pleurésie interlobaire abortive chez l'enfant (*Société méd. des hôpit. de Lyon*, et *Lyon médical*, 1921.)

Netter. — Présence de bacille encapsulé de Friedlander dans l'exudat de deux pleurésies purulentes. — Considérations générales sur le rôle pathogène de ce micro-organisme (*Société méd. des hôpit. de Paris*, mai 1890.)

Paillard. — Pleuro-pneumonie grave avec hyperthermie; pleurésie interlobaire traitée par les injections intrapleurales d'électrargol; guérison rapide; obs. XI de la thèse d'Auboyer : Contribution à l'étude de l'argent colloïdal électrique stabilisé et isotonique et de son emploi thérapeutique dans les diverses infections (*Thèse de Paris*, 1908.)

-- Les pleurésies enkystées (*Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 111 et 114.)

— Formes cliniques des pleurésies enkystées (*Journal médical français*, novembre 1924.)

- Pelé (Rennes).** — Pneumothorax thérapeutique au cours d'une pleurésie interlobaire (*Société méd. des hôpît. de Paris*, mai 1923.)
- Prengreuber et Beurmann.** — *Acad. de médec.*, 19 octobre 1886. — *Sem. méd.*, 1886.
- Potain.** — *Médecine moderne*, 1892. — *Union médicale*, 1892.
- Romant et Guignot.** — Spléno-pneumonie grippale à forme hémoptoïque prolongée (*Revue de médecine*, 1908.)
- Rochard.** — Topographie des scissures interlobaires du poumon (*Gaz. des hôpitaux de Paris*, 1892.)
- Rist et Ameuille.** — Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, déc. 1921.)
- Sabourin.** — Sur le pneumothorax scissural. — Deux cas de pneumothorax scissural. (*Arch. gén. de méd.*, 1905 et 1906.)
- Point de côté scissural (*Revue de méd.*, avril 1907.)
- Les épanchements séro-fibrineux de l'interlobe chez les tuberculeux (*Revue de méd.*, 1909.)
- Sergent (E.).** — Les fausses guérisons par vomique dans la pleurésie interlobaire métapneumonique (*Presse médicale*, août 1900.)
- Sergent (E.) et Durand (H.).** — La scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. La pleurésie interlobaire non tuberculeuse des tuberculeux (*Paris médical*, 6 janvier 1923, p. 14.)
- Thévenet (V.).** — Présentation d'un empyème post-pneumonique interlobaire ou enkysté comptant quatre ans d'évolution spontanée. (*Société nationale de méd. de Lyon*, 1^{er} mai 1911.)
- Thirolloix et Rosenthal.** — Spléno-pneumonie; réaction initiale de la pyopleurite interlobaire (*Société méd. des hôpît. de Paris*, juillet 1907.)

Troisier et Gayet. — La cure de la pleurésie interlobaire et des suppurations pulmonaires par le pneumothorax thérapeutique (*Société méd. des hôpit. de Paris*, juin 1923.).

Voorhuis (J.-A.). — Etude sur la pleurésie interlobaire (Amsterdam 1902.)

Widal et Frouin. — Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite; intervention chirurgicale; guérison (*Bull. de la Société méd. des hôpit.*, 31 juillet 1903, p. 945.)

Weil (P. E.) et Rosenthal (G.). — Le pneumothorax artificiel en dehors de la tuberculose (*Journal méd. français*, mai 1920.)

